



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
(МИНЗДРАВ ЛНР)

ПРИКАЗ

«18» 12 2023 г.

№ 322-ОД

г. Луганск

Зарегистрировано в Министерстве юстиции
Луганской Народной Республики
25.12.2023 г. за № 168/168

**Об утверждении форм документов, используемых в процессе
лицензирования медицинской деятельности**

В соответствии с пунктом 3 части 2 статьи 5 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», пунктом 31 Особенности лицензирования медицинской деятельности в Луганской Народной Республике, утвержденных постановлением Правительства Луганской Народной Республики от 06.12.2023 № 119/23, пунктом 4.5 и подпунктом 4.7.2 пункта 4.7 раздела IV Положения о Министерстве здравоохранения Луганской Народной Республики, утвержденного Указом Главы Луганской Народной Республики от 09.06.2023 № УГ-54/23 (с изменениями), п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить следующие формы документов, используемые в процессе лицензирования медицинской деятельности:

1.1. Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 1).

1.2. Опись документов (приложение к заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности приложения № 1).

1.3. Сведения о наличии материально-технической базы и квалифицированного персонала (приложение № 2).

1.4. Заявление о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности (приложение № 3).

1.5. Опись документов (приложение к заявлению о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности приложения № 3).

1.6. Заявление о прекращении медицинской деятельности (приложение № 4).

1.7. Заявление о предоставлении выписки из реестра лицензий (приложение № 5).

1.8. Заявление об отзыве заявления о предоставлении/переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем лицензии/лицензиатом (приложение № 6).

1.9. Заявление об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах (приложение № 7).

1.10. Журнал учета заявлений о предоставлении/переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности и регистрации лицензионных дел (приложение № 8).

1.11. Уведомление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 9).

1.12. Уведомление о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности (приложение № 10)

1.13. Уведомление об отказе в предоставлении/переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности (приложение № 11).

1.14. Уведомление о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение № 12).

1.15. Уведомление о возврате заявления о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов (приложение № 13).

1.16. Уведомление о необходимости устранения в заявлении и прилагаемых к нему документах выявленных нарушений и /или предоставления отсутствующих документов при подаче заявления о предоставлении/переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности (приложение № 14).

1.17. Уведомление о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности по заявлению лицензиата (приложение № 15).

1.18. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата (приложение № 16).

1.19. Уведомление о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований (приложение № 17).

1.20. Уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности, приостановленного в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований (приложение № 18).

1.21. Уведомление о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности, приостановленного в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований (приложение № 19).

1.22. Выписка из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности (приложение № 20).

1.23. Оценочный лист, в соответствии с которым Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики проводится оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности (приложение № 21).

1.24. Приложение к типовой форме лицензии на осуществление медицинской деятельности (приложение № 22).

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от 26.12.2018 № 815 «Об утверждении форм документов, используемых в процессе лицензирования медицинской деятельности», зарегистрированного в Министерстве юстиции Луганской Народной Республики 22.01.2019 за № 17/2566.

3. Юридическому отделу Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики направить настоящий приказ в Министерство юстиции Луганской Народной Республики для государственной регистрации в установленном порядке.

4. Настоящий приказ вступает в силу не ранее дня государственной регистрации в соответствии с законодательством Луганской Народной Республики.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр здравоохранения
Луганской Народной Республики

Н.А. Пащенко

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Форма

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Луганской Народной Республики

Заявление

о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Соискатель лицензии:

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица; - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

7.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о:</p> <ul style="list-style-type: none"> - юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей 	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p style="text-align: center;">Выдан</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p style="text-align: center;">Дата</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление медицинской деятельности на учет в налоговом органе	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p style="text-align: center;">Выдан</p> <p>_____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p style="text-align: center;">Дата</p> <p>_____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата постановки на учет)</p>
10.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица/индивидуального предпринимателя	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
11.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
12.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее – объектов), с указанием их вида и перечня выполняемых работ (услуг):	
	Наименование обособленного объекта, адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность по каждому объекту<*>

В лице _____

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности)

действующего на основании: устава / свидетельства о государственной регистрации индивидуального предпринимателя / доверенности<*> просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении и прилагаемых к нему документах, подтверждаю и ознакомлен(а), что представление недостоверных данных в документах, прилагаемых к этому заявлению, является основанием для отказа в выдаче лицензии в соответствии с частью 7 статьи 14 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

К Заявлению о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П.
(при наличии)

<*> Указываются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.08.2021 № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность».

<***> Нужно подчеркнуть

Продолжение приложения № 1
 Приложение
 к Заявлению о предоставлении лицензии
 на осуществление медицинской
 деятельности Приложения № 1
 к приказу Министерства здравоохранения
 Луганской Народной Республики
 от «18» 12 2023 № 322-ОД

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии на осуществление медицинской деятельности _____

(наименование соискателя лицензии)

представил в Министерство здравоохранения Луганской Народной Республики нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Выписка из Единого государственного реестра юридических лиц/индивидуальных предпринимателей	
3.	Сведения о наличии материально-технической базы и квалифицированного персонала	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании зданий и помещений, необходимых для осуществления медицинской деятельности, а также, при наличии, копии технического паспорта на помещение (план-схема и экспликация)	
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
6.	Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и / или помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
7.	Копии документов, подтверждающих государственную регистрацию медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и / или регистрации	

	медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), либо эксплуатационные документы на медицинские изделия, указанные в частях 10 и 13 статьи 4 Федерального закона Российской Федерации от 17.02.2023 № 16-ФЗ «Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств и обращения медицинских изделий в связи с принятием в Российскую Федерацию Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области»	
8.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и / или дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, профессиональное образование, сертификатов, и / или свидетельств об аккредитации, и / или документов, подтверждающих присвоение квалификационной категории, подтверждающих трудовые отношения между соискателями лицензии и работниками	
9.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и / или квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
10.	Доверенность	
11.	Иные документы, которые соискатель лицензии предоставил по собственной инициативе	

Документы сдал	Документы принял
соискатель лицензии (уполномоченный представитель соискателя лицензии)	должностное лицо лицензирующего органа
_____	_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)
_____	Количество листов _____
(реквизиты доверенности)	_____
	Дата
	Входящий номер

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Форма

СВЕДЕНИЯ
о наличии материально-технической базы и квалифицированного персонала<*>

(наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

1. Реквизиты документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии/лицензиата на осуществление медицинской деятельности принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и / или помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность:

(наименование, номер и дата документа)

(вид права пользования помещением)

2. Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и / или помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии/лицензиатом заявленных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность:

(наименование органа (организации), выдавшей документ)

(регистрационный номер и дата документа)

3. Техническое состояние помещений по адресам осуществления медицинской деятельности:

Адрес осуществления медицинской деятельности (здание, корпус, кабинет(ы))	Помещение, в котором находится медицинская организация (структурное подразделение)/ кабинет(ы) индивидуального предпринимателя				Здание в котором находится медицинская организация (структурное подразделение)/кабинет(ы) индивидуального предпринимателя				
	отдельное	изолированное			основное использование здания	кол-во этажей	на каком этаже размещена	жилого дома	нежилого дома
		пристроенное	встроенное	встроенно - пристроенное					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Перечень имеющихся помещений медицинской организации, кабинета (кабинетов) индивидуального предпринимателя и их оснащение:

№ п/п	режим работы	Наименование помещения (кабинета) с указанием площади, врачебных специальностей и специальностей специалистов со средним медицинским образованием, осуществляющих в нем медицинскую деятельность	Перечень оснащения (медицинские изделия и изделия медицинского назначения) с указанием полного наименования производителя, модели		Дата последней поверки, реквизиты документа о метрологической поверке	год выпуска медицинской техники, изделий медицинского назначения, аппаратуры, приборов
			наименование	кол-во		
1	2	3	4	5	6	7
Адрес места осуществления медицинской деятельности:						
Вывеска на входе по адресам мест осуществления медицинской деятельности:						
Наименование обособленного структурного подразделения:						
Наименование обособленного структурного подразделения:						

1	2	3	4	5	6	7
Адрес места осуществления медицинской деятельности:						
Вывеска на входе по адресам мест осуществления медицинской деятельности:						
Наименование обособленного структурного подразделения:						
Наименование обособленного структурного подразделения:						

Общая площадь помещений _____ кв. метров.

5. Сведения из штатного расписания медицинской организации о медицинских и фармацевтических работниках по следующей форме (для юридических лиц):

№ п/п	Должность	Количество штатных единиц
1	2	3
Административно-управленческий персонал		
Персонал с высшим медицинским (немедицинским) и фармацевтическим образованием		
Персонал со средним медицинским и фармацевтическим образованием		
Всего		

Продолжение приложения № 2

6. Сведения о соответствии образовательным и квалификационным требованиям руководителя медицинской организации, а также заместителей руководителя медицинской организации по медицинской части:

<u>№</u> <u>п/п</u>	Ф.И.О.	Занимаемая должность	Дата и номер приказа о принятии на должность руководителя медицинской организации	Основная работа или по совместительству	Диплом (специальность, серия, номер, дата, кем выдан)	Сертификат врача- специалиста по специальности «Организация и управление здравоохранением»/ «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (серия, номер, дата, кем выдан)	Удостоверение о присвоении (подтверждении) соответствующей квалификационной категории по специальности «Организация и управление здравоохранением»/ «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (серия, номер, дата, кем выдано, категория)
1	2	3	4	5	6	7	8

7. Сведения о соответствии образовательным и квалификационным требованиям врачей и профессионалов с высшим немедицинским образованием, работающих в системе здравоохранения:

<u>№</u> <u>п/п</u>	Ф.И.О.	Занимаемая должность	Дата и номер приказа о принятии на должность	Основная работа или по совместительству	Диплом (специальность, серия, номер, дата, кем выдан)	Сертификат врача- специалиста (специальность, серия, номер, дата, кем выдан), реквизиты других документов, удостоверяющих право на занятие занимаемой должности	Удостоверение о присвоении (подтверждении) соответствующей квалификационной категории (специальность, серия, номер, дата, кем выдано, категория)
1	2	3	4	5	6	7	8
Адрес места осуществления медицинской деятельности:							
Наименование структурного подразделения:							

1	2	3	4	5	6	7	8
Наименование структурного подразделения:							
Адрес места осуществления медицинской деятельности							
Наименование структурного подразделения:							

9. Сведения о стаже работы руководителя медицинской организации, а также заместителей руководителя медицинской организации по медицинской части, индивидуального предпринимателя в соответствии с записью в трудовой книжке за последние пять лет или реквизиты лицензии/специального разрешения (для индивидуального предпринимателя):

№ п/п	Ф.И.О.	Дата			Сведения о приеме на работу, переводе на другую работу и увольнении с работы с указанием причин и нормативной ссылкой на соответствующую структурную единицу соответствующего нормативного правового акта	Реквизиты документа (название, дата и номер)
		число	месяц	год		
1	2	3	4	5	6	7

Достоверность предоставленной информации подтверждаю и ознакомлен, что представление недостоверных данных в документах, прилагаемых к этому заявлению, является основанием для отказа в выдаче лицензии в соответствии с частью 7 статьи 14 от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

«__» _____ 20__ года

М. П.

 (должность руководителя или уполномоченного представителя
 юридического лица/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,
 или уполномоченного лица)

 (подпись)

 (Ф.И.О.)

<*>Страницы сведений нумеруются, прошиваются, заверяются подписью и скрепляются печатью (при наличии) соискателя лицензии/лицензиата.

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Форма

Регистрационный номер _____

от _____

(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Луганской Народной Республики

Заявление

о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности

Регистрационный № _____ лицензии (разрешения) на осуществление
медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г., предоставленной:

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением почтового адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности (далее – объекта) при его неизменном фактическом нахождении;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг.

Лицензиат:

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Сведения о правопреемнике лицензиата (измененные сведения) <*>
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя		
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)		
6.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица; - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		

7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о: - юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
10.	Данные документа, подтверждающие факт внесения изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p>	
11.	Адрес места осуществления медицинской деятельности (заполняется при его изменении)		
12.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления медицинской деятельности	<p>_____</p> <p>(орган, принявший решение)</p> <p>Реквизиты документа</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (далее – объектов), с указанием их вида и перечня выполняемых работ (услуг) <***>	
13.	Наименование обособленного объекта, адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность по каждому объекту
14.	<***> в связи с прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности	
14.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает медицинскую деятельность	
14.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренным лицензией на осуществление медицинской деятельности	
15.	<***> в связи с намерением лицензиата внести изменения в предусмотренный лицензией перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, в части прекращения выполнения работ, оказания услуг	
15.1	Адреса мест осуществления медицинской деятельности, по которым лицензиат прекращает выполнение работ, оказания услуг составляющих медицинскую деятельность	
15.2	Сведения о работах, услугах, составляющих медицинскую деятельность, выполнение, оказание которых лицензиатом прекращается	
15.3	Дата фактического прекращения работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, которые лицензиат прекращает выполнять	

16.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица/ индивидуального предпринимателя	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты)
17.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты)

II. В связи с (нужное указать):

- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренному лицензией.

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица; - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о: - юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<p>_____</p> <p>(наименование документа)</p> <p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата _____</p> <p>(дата выдачи документа)</p> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации)</p>
10.	Сведения о новых адресах мест осуществления медицинской деятельности	
10.1	Наименование обособленного объекта, адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность по каждому новому объекту<****>
11.	Сведения о новых работах, услугах, не указанных в лицензии	
11.1	Наименование обособленного объекта, адрес места осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность по каждому объекту<****>
12.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>
13.	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	<p>_____</p> <p>(контактный телефон)</p> <p>_____</p> <p>(адрес электронной почты)</p>

В лице _____

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности)

действующего на основании: устава / свидетельства о государственной регистрации

индивидуального предпринимателя / доверенности<*****> просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении и прилагаемых к нему документах, подтверждаю и ознакомлен(а), что представление недостоверных данных в документах, прилагаемых к этому заявлению, является основанием для отказа в переоформлении лицензии в соответствии с частью 19 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

К Заявлению о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности прилагается опись документов согласно приложению.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М. П. (при наличии)

<*> Заполняются в случае наличия изменений. Если изменений не было, пишется «Без изменений».

<*> Указываются в соответствии с пунктом 18 Особенности лицензирования медицинской деятельности в Луганской Народной Республике, утвержденных постановлением Правительства Луганской Народной Республики от 06.12.2023 № 119/23.

<***> Нужно указать.

<****> Указываются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.08.2021 № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность».

<*****> Нужно подчеркнуть.

Приложение
к Заявлению о переоформлении лицензии
(разрешения) на осуществление
медицинской деятельности
Приложения № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что:

(наименование лицензиата/правопреемника)

представил в Министерство здравоохранения Луганской Народной Республики нижеследующие документы для переоформления лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности.

I. В связи с (нужное указать):

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридических лиц в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением почтового адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности (далее – объекта) при его неизменном фактическом нахождении;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- прекращением деятельности по одному или нескольким адресам мест осуществления медицинской деятельности, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, послуживших основанием для переоформления разрешения (лицензии)	
3.	Оригинал имеющегося разрешения (лицензии)	
4.	Доверенность	

II. В связи с (нужное указать):

- намерением лицензиата осуществлять медицинскую деятельность по адресу места осуществления, не предусмотренному лицензией;
- намерением лицензиата выполнять работы, оказывать услуги, составляющие медицинскую деятельность, не предусмотренному лицензией.

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании зданий и помещений, необходимых для осуществления медицинской деятельности, а также, при наличии, копии технического паспорта на помещение (план-схема и экспликация)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
4.	Копии документов, подтверждающих государственную регистрацию медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), зарегистрированных в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, и/или регистрации медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с международными договорами и актами, составляющими право Евразийского экономического союза, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), либо эксплуатационные документы на медицинские изделия, указанные в частях 10 и 13 статьи 4 Федерального закона Российской Федерации от 17.02.2023 № 16-ФЗ «Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств и обращения медицинских изделий в связи с принятием в Российскую Федерацию Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области»	
5.	Копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и /или помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	
6.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и /или дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг), составляющих	

	медицинскую деятельность, профессиональное образование, сертификатов, и/или свидетельств об аккредитации, и/или документов, подтверждающих присвоение квалификационной категории, подтверждающих трудовые отношения между соискателями лицензии и работниками	
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующего профессионального образования и/или квалификации, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности	
8.	Оригинал имеющегося разрешения (лицензии)	
9.	Доверенность	
Документы сдал		Документы принял
лицензиат (уполномоченный представитель лицензиата)		должностное лицо лицензирующего органа
_____		_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)		(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись)
_____		Количество листов _____
(реквизиты доверенности)		_____
		Дата
		Входящий номер

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Министерство здравоохранения
Луганской Народной Республики

Заявление
о прекращении медицинской деятельности

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г.,
предоставленная _____
(наименование лицензирующего органа)

Лицензиат:

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
5.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
6.	Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица; - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	

7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о: - юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц; - индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	<hr/> (наименование документа) <hr/> Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	<hr/> (наименование документа) <hr/> Выдан <hr/> (наименование органа, выдавшего документ) <hr/> Дата <hr/> (дата выдачи документа) <hr/> (дата государственной регистрации)
10.	Дата фактического прекращения медицинской деятельности	
11.	Контактный телефон и официальный адрес электронной почты юридического лица/индивидуального предпринимателя	<hr/> (контактный телефон) <hr/> (адрес электронной почты)

В лице _____
(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на основании доверенности)
действующего на основании: устава / свидетельства о государственной регистрации индивидуального предпринимателя / доверенности<*> просит прекратить действие лицензии на осуществление медицинской деятельности регистрационный № _____ от _____ 20__ г. выданной Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М.П. (при наличии)

<*> Нужно подчеркнуть

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим
органом)

В Министерство здравоохранения
Луганской Народной Республики

Заявление
о предоставлении выписки из реестра лицензий

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя) _____

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица) _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в
отношении лицензии № _____ от _____ на осуществление
медицинской деятельности, выданной _____
(наименование лицензирующего органа)

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического
лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на
основании доверенности)

« » _____ 20 г.

(подпись)

М. П. (при наличии)

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим
органом)

В Министерство здравоохранения
Луганской Народной Республики

Заявление

об отзыве заявления о предоставлении/переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов, представленных соискателем
лицензии/лицензиатом

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя) _____

Адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица) _____

ИНН _____

ОГРН _____

Адрес электронной почты _____

просит отозвать заявление о предоставлении/переоформлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности (регистрационный номер _____ от « » _____ 20 г.)
в связи с:

_____ (указать причины отзыва заявления)

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического
лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на
основании доверенности)

« » _____ 20 г.

(подпись)

М. П. (при наличии)

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Форма

Регистрационный номер _____ от _____
(заполняется лицензирующим
органом)

В Министерство здравоохранения
Луганской Народной Республики

Заявление
об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных
в результате предоставления государственной услуги
документах <*>

Наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя:

Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального
предпринимателя:

ИНН: _____

ОГРН: _____

Адрес электронной почты: _____

Прошу исправить в лицензии № _____ от _____ на осуществление медицинской
деятельности, выданной _____,
(наименование лицензирующего органа)

следующие опечатки и / или ошибки:

_____.

(Ф.И.О. полностью, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического
лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от их имени на
основании доверенности)

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М. П. (при наличии)

<*> К заявлению прилагаются документы, опечатки и / или ошибки в которых
подлежат исправлению.

Приложение № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Соискателю лицензии: _____

Почтовый адрес: _____

Уведомление
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности

Министерство здравоохранения Луганской Народной Республики
сообщает _____
(наименование юридического лица или Ф. И. О. индивидуального предпринимателя)
о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности
№ _____ от _____ сроком действия с _____
(дата начала действия лицензии)

до 01.03.2024 на объекте (объектах) по адресу (адресам):

_____ (адрес(а) места осуществления деятельности, на заявленные виды работ (услуг)).

Основание: приказ Министерства здравоохранения Луганской Народной
Республики от _____ № _____.

Отказано в части заявленных работ (услуг): _____
_____, приказ Министерства здравоохранения
(перечень работ (услуг))
Луганской Народной Республики от _____ № _____ в связи
с _____.

(должность уполномоченного лица структурного
подразделения Министерство здравоохранения
Луганской Народной Республики
осуществляющего лицензирование)

(подпись)

(Ф. И. О.)

М. П.

Приложение № 10
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Лицензиату: _____

Почтовый адрес: _____

Уведомление
о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление
медицинской деятельности

Министерство здравоохранения Луганской Народной Республики
сообщает _____
(наименование юридического лица или Ф. И. О. индивидуального предпринимателя)
о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской
деятельности № _____ на объекте (объектах) по адресу (адресам):

_____ (адрес(а) места осуществления деятельности, на заявленные виды работ (услуг))

Основание: приказ Министерства здравоохранения Луганской Народной
Республики от _____ № _____.

(должность уполномоченного лица структурного
подразделения Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
осуществляющего лицензирование)

(подпись)

(Ф. И. О.)

М. П.

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Соискателю лицензии/Лицензиату:

Почтовый адрес: _____

Уведомление
об отказе в предоставлении/переоформлении лицензии (разрешения) на
осуществление медицинской деятельности

Министерство здравоохранения Луганской Народной Республики
в соответствии с частью 6.1 статьи 14 / частью 18 статьи 18 Федерального
закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов
деятельности» уведомляет

_____ (наименование юридического лица или Ф. И. О. индивидуального предпринимателя)

об

_____ (указывается нужное: отказе в предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности;
переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности)

по причине наличия оснований, предусмотренных частью 7 статьи 14
Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных
видов деятельности»

_____ (указывается мотивированное обоснование причин отказа со ссылкой на конкретные положения нормативных
правовых актов и иных документов, являющихся основанием такого отказа, или, если причиной отказа является
установленное в ходе проверки несоответствие соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям,
реквизиты оценочного листа в соответствии с которым проведена оценка соискателя лицензии/лицензиата)

_____ (должность уполномоченного лица структурного
подразделения Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
осуществляющего лицензирование)

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О.)

М. П.

Приложение № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Соискателю лицензии: _____

Почтовый адрес: _____

Уведомление

о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 9 статьи 13 Федерального закона
от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,
в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Луганской
Народной Республики заявления о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности от _____ № _____

и прилагаемых к нему документов,

(наименование соискателя лицензии)

уведомляет о возврате заявления о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:
несоответствия части 1 статьи 13 Федерального закона
от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указывается мотивированное обоснование причин возврата)

несоответствия части 3 статьи 13 Федерального закона
от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указывается мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о предоставлении лицензии на осуществление
медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

(должность уполномоченного лица структурного
подразделения Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
осуществляющего лицензирование)

(подпись)

(Ф. И. О.)

М.П.

Приложение № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Лицензиату: _____

Почтовый адрес: _____

Уведомление

о возврате заявления о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов

В соответствии с частью 14 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики заявления о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности от _____ № _____ и прилагаемых к нему документов,

(наименование соискателя лицензии)

уведомляет о возврате заявления о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности и прилагаемых к нему документов по причине их:

несоответствия части 3 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указать мотивированное обоснование причин возврата)

несоответствия части 7 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указывается мотивированное обоснование причин возврата)

несоответствия части 9 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

(указывается мотивированное обоснование причин возврата)

Приложение: заявление о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности и прилагаемые к нему документы на _____ л. в 1 экз.

(должность уполномоченного лица структурного подразделения Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики осуществляющего лицензирование)

(подпись)

(Ф. И. О.)

М.П.

Приложение № 14
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Соискателю лицензии /лицензиату:

Почтовый адрес: _____

Уведомление

о необходимости устранения в заявлении и прилагаемых к нему документах выявленных нарушений и / или предоставления отсутствующих документов при подаче заявления о предоставлении/переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности

В соответствии с частью 8 статьи 13 / частью 12 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», в результате рассмотрения Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики заявления _____

(дата и номер заявления)

соискателя лицензии/лицензиата

_____ (наименование соискателя лицензии/лицензиата)

О

_____ (указывается нужное: предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности; переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ сроком действия с _____ до _____)

и прилагаемых к нему документов установлено, что:

заявление о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных частью 1 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (заявление о переоформлении лицензии (разрешения) на осуществление медицинской деятельности оформлено с нарушением требований, установленных статьей 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»);

документы, указанные в части 3 статьи 13 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (в статье 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»), представлены не в полном объеме (отсутствуют).

Выявленные нарушения:

Перечень документов, которые представлены не в полном объёме/отсутствуют:

Министерство здравоохранения Луганской Народной Республики уведомляет о необходимости устранения в тридцатидневный срок выявленных нарушений и / или представления недостающих документов.

В случае непредставления _____
(указывается полное наименование соискателя лицензии/лицензиата)
в тридцатидневный срок надлежащим образом оформленного заявления о

_____ (указывается нужное: предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности;
переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности)
и / или в полном объеме прилагаемых к нему документов ранее представленное
заявление о _____

_____ (указывается нужное: предоставлении на осуществление медицинской деятельности;
переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности)
подлежит возврату.

(должность уполномоченного лица структурного подразделения Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики осуществляющего лицензирование)

(подпись)

(Ф. И. О.)

М. П.

Приложение № 15
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Лицензиату: _____

Почтовый адрес: _____

Уведомление
о прекращении действия лицензии на осуществление
медицинской деятельности по заявлению лицензиата

В соответствии с пунктом 1 части 16 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и на основании заявления лицензиата о прекращении медицинской деятельности от «__» _____ 20__ г., входящий регистрационный номер _____, приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «__» _____ 20__ г. № _____ принято решение прекратить с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г., предоставленной Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики _____

(наименование юридического лица / Ф. И. О. индивидуального предпринимателя),

(адрес места нахождения юридического лица/места жительства индивидуального предпринимателя)

(должность уполномоченного лица структурного подразделения Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики осуществляющего лицензирование)

(подпись)

(Ф. И. О.)

М.П.

Приложение № 16
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Лицензиату: _____

Почтовый адрес: _____

Уведомление

о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата

В соответствии с частью 3 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», вступившим в законную силу решением суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» _____ 20__ г. № _____ и приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «__» _____ 20__ г. № _____ приостановить с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г., предоставленной Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики _____

_____ (наименование юридического лица/Ф. И. О. индивидуального предпринимателя),

_____ (адрес места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя)

Наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата): _____

На срок административного приостановления деятельности лицензиата _____ суток.

_____ (должность уполномоченного лица структурного подразделения Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики осуществляющего лицензирование)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М. П.

Приложение № 17
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Лицензиату: _____

Почтовый адрес: _____

Уведомление

о приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований

В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», вступившим в законную силу решением суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований и приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «__» _____ 20__ г. № _____ приостановить с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г., предоставленной Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики

(наименование юридического лица/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя),

(адрес места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя)

Наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых вынесено решение суда о привлечении лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований):

на срок исполнения вновь выданного предписания до «__» _____ 20__ г.

(должность уполномоченного лица структурного подразделения Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики осуществляющего лицензирование)

(подпись)

(Ф. И. О.)

М. П.

Приложение № 18
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Лицензиату: _____

Почтовый адрес: _____

Уведомление

о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности, приостановленного в случае назначения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата за грубое нарушение лицензионных требований

В соответствии с частью 7 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и в связи с (нужное указать):

- вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «__» _____ 20__ г. № _____;
- истечением срока административного приостановления деятельности лицензиата, приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «__» _____ 20__ г. № _____;

возобновить с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г., предоставленной Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики _____
(наименование юридического лица/Ф. И. О. индивидуального предпринимателя),

_____ (адрес места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя)

Наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено):

(должность уполномоченного лица структурного подразделения Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики осуществляющего лицензирование)

(подпись)

(Ф. И. О.)

М. П.

Приложение № 19
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Исх. № _____ от _____ 20__ г.

Лицензиату: _____

Почтовый адрес: _____

Уведомление

о возобновлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности, приостановленного в случае привлечения лицензиата к административной ответственности за неисполнение в установленный срок предписания об устранении грубого нарушения лицензионных требований

В соответствии с частью 6 статьи 20 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «__» _____ 20__ г. № _____ в связи с истечением срока исполнения вновь выданного лицензирующим органом предписания или подписания акта оценки, устанавливающего факт досрочного исполнения вновь выданного предписания, возобновить с «__» _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г., предоставленной Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики

_____ (наименование юридического лица / Ф. И. О. индивидуального предпринимателя),

_____ (адрес места нахождения юридического лица / места жительства индивидуального предпринимателя)

Наименования работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, или адреса мест осуществления медицинской деятельности (в отношении которых действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено):

_____ (должность уполномоченного лица структурного подразделения Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики осуществляющего лицензирование)

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О.)

М. П.

Приложение № 20
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Выписка из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности

1	2
1. Статус лицензии	
2. Регистрационный номер лицензии	
3. Дата предоставления лицензии	
4. Наименование лицензирующего органа.	
5. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица Ф. И. О. индивидуального предпринимателя.	
6. Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
7. Государственный регистрационный номер: - записи о создании юридического лица; - записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
8. Идентификационный номер налогоплательщика	
9. Лицензируемый вид деятельности	
10. Адреса мест осуществления медицинской деятельности, с указанием выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	
11. Другие установленные нормативными правовыми актами Российской Федерации сведения	

(должность уполномоченного лица структурного подразделения Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики осуществляющего лицензирование)

(подпись)

(Ф. И. О.)

М. П.

Приложение № 21
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Форма

Оценочный лист,
в соответствии с которым Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики проводится оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности

1. Документарная оценка соответствия соискателя лицензии или лицензиата лицензионным требованиям, регистрационный номер и дата регистрации заявления о предоставлении лицензии (внесение изменений в реестр лицензий):

2. Полное или сокращенное наименование (в случае, если имеется), и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, основной государственный регистрационный номер юридического лица (ОГРН), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, адрес места жительства, основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП):

3. Адрес (адреса) и /или другие данные, позволяющие идентифицировать место (места) осуществления медицинской деятельности:

4. Место (места) проведения оценки соответствия лицензионным требованиям с заполнением оценочного листа:

5. Реквизиты решения о проведении оценки соответствия лицензионным требованиям, принятого уполномоченным должностным лицом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики:

6. Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) должностного лица Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики проводящего оценку соответствия лицензионным требованиям и заполняющего оценочный лист:

№ п/п	Список контрольных вопросов, отражающих содержание лицензионных требований	Реквизиты нормативных правовых актов, с указанием их структурных единиц, которыми установлены лицензионные требования	Ответы на вопросы, содержащиеся в списке контрольных вопросов			Приме чание
			да	нет	неприм енимо	

1.	Заявление о предоставлении лицензии или внесения изменений в реестр лицензий, соответствует установленной форме, заполнено в полном объеме?	часть 1 статьи 13, часть 3, часть 3.1 статьи 18, часть 4 статьи 19.1 Федерального закона № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее – Федеральный закон № 99-ФЗ), пункты 8, 15, 16 Особенности лицензирования медицинской деятельности в Луганской Народной Республике, утвержденного постановлением Правительства Луганской Народной Республики от 06.12.2023 № 119/23 (далее – Особенности)				
2.	Соответствуют ли сведения о соискателе лицензии или лицензиате, указанные в заявлении, сведениям, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах?	часть 4 статьи 19.1 Федерального закона № 99-ФЗ				
3.	Имеются ли у соискателя лицензии/лицензиата принадлежащие ему на праве собственности или ином законном основании здания, строения, сооружения и / или помещения, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг)?	подпункт «а» пункта 5, подпункт «в» пункта 9 Особенности				
4.	Имеются ли у соискателя	подпункт «б» пункта				

	лицензии/лицензиата принадлежащие ему на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинские изделия (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимые для выполнения заявленных работ (услуг)?	5, подпункт «г» пункта 9 Особенностей				
5.	Имеется ли выданное санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и / или помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии (лицензиатом) заявленных работ (услуг)?	подпункт «д» пункта 9 Особенностей				
6.	Имеется ли у заключивших с соискателем лицензии (лицензиатом) трудовые договоры работников, соответствующее образование и пройденная аккредитация / аттестация специалиста или сертификат специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных соискателем лицензии (лицензиатом) работ (услуг)?	подпункт «в» пункта 5, подпункт «ж» пункта 9 Особенностей				
7.	Имеются ли у заключивших с соискателем лицензии (лицензиатом) трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), соответствующее профессиональное образование и (или) квалификации, либо договор с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности?	подпункт «г» пункта 5, подпункт «з» пункта 9 Особенностей				

8.	Представлена ли и соответствует утвержденной форме опись прилагаемых документов?	подпункт «к» пункта 9 Особенности				
9.	Медицинские изделия (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимые для выполнения заявленных работ (услуг), зарегистрированы в порядке, установленном Правилами государственной регистрации медицинских изделий, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416?	подпункт «е» пункта 9 Особенности; часть 4 статьи 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»				
10.	Медицинская организация, которая планирует осуществлять (осуществляет) клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности с указанием трансфузиологии в качестве составляющей части лицензируемого вида деятельности?	статья 16 Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов»				
11.	Медицинская организация, которая планирует осуществлять (осуществляет) заготовку и хранение донорской крови и (или) ее компонентов имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности с указанием заготовки и хранения донорской крови и (или) ее компонентов в качестве составляющих частей лицензируемого вида деятельности?	часть 2 статьи 15 Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов»				
12.	Медицинская организация при заявлении работ (услуг) по забору и заготовке органов и (или) тканей человека, а также их трансплантации, относится к государственной или муниципальной системе здравоохранения?	статья 4 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека»				

13.	Медицинская организация при заявлении работы (услуги) по медико-социальной экспертизе является федеральным учреждением медико-социальной экспертизы, подведомственной федеральному органу исполнительной власти?	статья 60 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 8 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»				
14.	Имеется в медицинской организации государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения штатное расписание?	пункт 7 части 2 статьи 14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»				
15.	В штатном расписании имеются структурные подразделения медицинской организации, необходимые для выполнения заявленных работ (услуг)?	пункт 7 части 2 статьи 14, часть 2 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»				
16.	Штатное расписание медицинской организации содержит должности медицинских работников, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)?	пункт 7 части 2 статьи 14, часть 2 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»				
17.	Медицинские работники имеют образование, предусмотренное квалификационными требованиями и необходимое для выполнения заявленных работ (услуг)?	подпункт «в» пункта 5 Особенности				
18.	Медицинские работники имеют аккредитацию специалиста или	подпункт «в» пункта 5 Особенности				

	квалификационную категорию или сертификат специалиста, необходимый для выполнения заявленных работ (услуг)?					
19.	Юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем заключены трудовые договоры с работниками, необходимыми для выполнения заявленных работ (услуг) либо договор с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности?	подпункт «г» пункта 5 Особенности				

Установлено соответствие/несоответствие соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям, установленным постановлением Правительства Луганской Народной Республики от 06.12.2023 № 119/23 «Об утверждении особенностей лицензирования медицинской деятельности в Луганской Народной Республике» (нужное подчеркнуть).

(должностное лицо, проводившее оценку соответствия и заполнившего оценочный лист)

(подпись)

Дата заполнения оценочного листа

"__" _____ 20__ г.

Приложение № 22
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «18» 12 2023 № 322-ОД

Форма

Изображение Государственного герба Луганской Народной Республики

(наименование лицензирующего органа)

ПРИЛОЖЕНИЕ № _____ от «__» _____ г.
к лицензии № _____ от «__» _____ г.

на осуществление медицинской деятельности

выданной:

(наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

Адрес места осуществления работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности:

Перечень работ, услуг (указывается в соответствии с наименованиями, предусмотренными Особенности лицензирования медицинской деятельности в Луганской Народной Республике):

(должность уполномоченного лица)

(подпись уполномоченного лица)

(Ф. И. О. уполномоченного лица)

М.П.

Приложение № _____ является неотъемлемой частью лицензии